

# Problémy mládeže

---

---

## Závady a poruchy chování dětí a mládeže

Rudolf Kohoutek

**Abstrakt:** Studie se zabývá klasifikací a identifikací závad a poruch chování dětí a mládeže. Je charakterizováno deset diagnostických skupin závad chování a pojednává se o jejich diagnostice, prevenci a nápravě.

**Klíčová slova:** Problémové děti a mládež, klasifikace a identifikace difícilit chování a poruch chování (osobnosti, prevence, diagnostika a náprava difícilit a poruch).

### Úvod

Problematika závad a poruch chování a prožívání dětí a mládeže patří mezi velmi závažné společenské problémy, které determinují další psychosociální rozvoj mladé generace.

Předpokladem adekvátního přístupu, respektive reedukace, resocializace, nápravy těchto závad a poruch je jejich kompetentní klasifikace a identifikace.

V České republice vyšla první monografie *Závady a poruchy chování v dětském věku* od lékaře Pavla Vodáka a pedagoga Antonína Šulce v Praze v roce 1964. Poruchami psychického vývoje se zabýval také Švancara (1974). Dílčí problémy z oblasti závad a poruch chování dětí zpracoval Říčan (1995), Vágnerová (1997) a Čermák (1998).

Na Slovensku vyšla první významná monografie na toto téma od Košča, Marka a Požára (1975), dále od Jakabčice a Požára (1995).

Z periodik se o řešení problematiky závad a poruch chování u dětí a mládeže nejvíce zasloužil časopis *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*.

Předmětem této stati je *návrh vědecko-praktické klasifikace deseti kategorií difícilit (závad chování)* a jejich obecné odlišení od poruch chování a poruch osobnosti.

Obecným cílem výchovy je rozvinutá a osobnostně přiměřeně dané věkové etapě zralá harmonická osobnost. Tohoto stavu však ve výchovném

procesu nedosahuje poměrně velké množství dětí. U významného procenta dětí a mládeže dochází k problémovému vývoji chování a osobnosti pod vlivem mnoha různých faktorů. Vědy o výchově musí hledat cesty, jak účinněji pracovat s psychickými předpoklady a potenciální (možnou) osobností dětí, aby dosahovaly dobré adaptace a úspěšnosti v životě. Pedagogové mají možnost často jako první rozpoznat různé závady chování a prožívání, které signalizují ohrožení normálního, zdravého psychického vývoje žáka s důsledky pro jeho sociální a profesní začleňování.

Od pedagoga takové děti se závadami chování a prožívání vyžadují nestandardní, často tolerantnější a vskutku individuální přístup, který je však přesto ve svém výsledku málo uspokojivý nebo i neuspokojivý.

Pojem závada v chování a prožívání považujeme za synonymum pojmu difícilita.

Nebudeme se primárně zabývat příčinami závad chování ani jejich nápravou, ale především klasifikací a identifikací. Chceme-li určit správný *individuální přístup*, správný typ výchovných incentív (pobídek), stimulace, motivace a aktivace dítěte, musíme si vždy nejprve uvědomit, s jakým typem osobnosti máme co činit. Jiné typy výchovné stimulace budeme užívat u dětí se zakomplexovanou osobností, jiné u žáků se sníženými či disharmonickými mentálními schopnostmi, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, u žáků neurotických, psychopatických atd. U různých typů problémových dětí je nutno utvářet kladné postoje a vlastnosti jejich osobnosti diferencovaně.

Teorii difícilit se zabývá *patopsychologie* jako věda o duševních procesech, stavech a vlastnostech na pomezí normy a patologie a jako věda o psychických průvodních jevech, které mají podíl na vzniku, průběhu a důsledcích jakékoliv životní nedostačivosti, nedosahující však stupně a kvality duševní abnormality nebo patologie (Košč a kol., 1975).

Za difícility považujeme shodně se Smékalem (1961) ty výchovné a výukové obtíže, které jsou ještě v rámci širší normy: nejsou tedy primárně organické, psychopatické, psychotické ani oligofrenické.

Difícility jsou částečně nebo zcela *reverzibilní*. Jsou to sice vývojově nepřiměřené (dysontogenetické), avšak *nepatologické* a *nedefektní* stavy psychiky, které se projevují společensky (případně i subjektivně) nepříznivě hodnocenými způsoby chování a prožívání.

*Difícility* mohou být podmíněny *multikondicionálně, polyetiologicky*, což je důležité jak pro jejich diagnostiku (ta by měla být osobnostní, komplexní), tak pro nápravu.

Při diagnostice difícilit vycházíme z projevů chování a prožívání dětí a mládeže. Podle vzdálenosti konkrétní formy chování od vlastní podstaty

osobnosti můžeme projevy chování dítěte seřadit v určitém odstupňování, kterého je možno využít v diagnostice. Jde o *symptomy* (příznaky):

- *nahodilé* – zcela necharakteristické pro osobnost,
- *sekundární* – častěji se vyskytující nepodstatné projevy, spíše skupinové nebo věkové, vedlejší,
- *centrální* – projevy, které přesně vyznačují specifickou individualitu osobnosti (a které mají význam pro bližší určení případné závady),
- *kardinální* – projevy velmi významné, signifikantní, trvalé, rozhodující pro poznání dominujících vlastností dané osobnosti, vytvářející *syndrom chování*, který odkazuje přímo na podstatné rysy osobnosti.

Vždy si tedy musíme klást otázku, zda je pozorované chování nahodilé, sekundární, centrální nebo kardinální. Na rozdíl od poruch osobnosti a poruch chování se dificity častěji projevují symptomy pouze nahodilými nebo sekundárními; tyto úrovně symptomů bývají úzeji spojeny s vnějšími, především sociálními podmínkami a jsou méně kotveny v osobnosti samotné. Poruchy osobnosti a poruchy chování jsou často podmíněny trvalejšími osobnostními rysy, případně i geneticky.

Dificity jsou tedy ve srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti:

- krátkodobější,
- jejich projevy jsou méně intenzivní,
- jsou společensky méně závažné,
- podmíněné spíše situačně a sociálně než osobnostně,
- prognosticky jsou častěji reverzibilní (tedy optimističtější)

### **Klasifikace dětí a mládeže se závadami chování a prožívání**

Podle *symptomatologie* (tj. projevovaných příznaků), která nám může pomoci jako metodika vyhledávání, *identifikace* jednotlivých typů dětí, si můžeme hlavní okruhy závad chování a prožívání (občasných, kratších, situačních a ještě nedosahujících kvantitativní ani kvalitativní úrovně a závažnosti poruch osobnosti a poruch chování uváděných např. v Mezinárodní klasifikaci nemocí vydávané Ženevou) rozdělit do deseti skupin:

1. zvýšená psychická tenze,
2. psychomotorická instabilita,
3. infantilismus,
4. sociálně pedagogicky anormativní chování,
5. zvýšená intropunitivita,
6. parciální nedostatky poznávacích procesů,
7. závady motoriky, lokomoce, praxe a laterality,
8. sociální zanedbanost,
9. závady ve školské výkonnosti,

## 10. závady profesní a studijní orientace a adaptace.

Je třeba zdůraznit, že závady v chování (resp. difcility) se mohou také kombinovat nebo přecházet v jinou, měnit se, a to zejména u dětí. Uvádíme-li symptomatologické členění, musíme rovněž na úvod konstatovat, že k diagnóze difcility nemusí být zjištěn výskyt všech uváděných symptomů, v některých případech stačí dokonce jediný (např. dítě se občas zakoktává, má závady v oblasti čtení.) Některé symptomy mají nespecifickou povahu – mohou se vyskytovat u několika typů difcilit.

### 1. Zvýšená psychická tenze

Mezi projevy psychické tenze patří:

- dítě (mladistvý) si okusuje nehty (onychophagie),
- stěžuje si na bolesti hlavy (cefalgie), nohou, břicha, mívá žaludeční potíže,
- stěžuje si na závratě, má pocity slabosti, (to vše při negativních lékařských nálezech),
- pomočuje se,
- zakoktává se,
- mění často barvu v obličeji, mívá návaly krve, skvrny v obličeji, snadno zbledne,
- má zálibu v pocitech bolesti (patofilie),
- zvýšeně se potí (hyperhidrosis),
- mívá chvění, třes (tremor) rukou, hlasu (zejména při vyvolání ve škole),
- přecitlivěle (hypersensitivně) reaguje na neúspěch, bývá často lítostivé, plačtivé (lacrimózní), snaží se být vždy potichu,
- občas pomrkává, má záškuby v obličeji, pohazuje rukou, ramenem, pohrává si s nějakou částí těla,
- pokašlává, posmrkává, aniž je nachlazen (tiky; tik je mimovolný, náhlý, rychlý, opakující se, nerytmický, stereotypní motorický pohyb nebo hlasová produkce,
- mne si často ucho, bradu, kroutí si vlasy, poštipuje se, mne si ruce v klíně, cucá si palec,
- je nadměrně pečlivé, důkladné až úzkostlivě puntičkářské,
- často se zasní a je duchem nepřítomné, vidí často fantastické předměty,
- má špatnou základní životní náladu (vypadá nespokojeně),
- trpívá dysmorfofobií (tísňivě prožívá svůj vzhled a jeho změny),
- je zvýšeně duševně zranitelné, citově deprivované, resp. subdeprivované,
- je nejisté při jednání s cizími lidmi,
- mívá strach (fobie) z běžných věcí (např. z výšky, samoty, tmy, zvířat),
- obtížně se přizpůsobuje v těžších situacích (má sníženou frustrační toleranci),
- má pocity nedostačivosti, trapnosti, vnitřního chvění a chaosu,
- trpí trémou, má stavy úzkosti (anxiozity) z posuzování druhými lidmi,
- na dotazy učitele neodpovídá, ač písemně pracuje dobře a s dětmi o přestávce hovoří (elektivní mutismus),
- má nápadně nestejnou pracovní výkon,

- na konci vyučování si začíná hrát, pošťuchuje souseda, baví ho, je roztěkané, nesoustředěné na vyučování,
- maličkosti je neúměrně rozruší (afektivní labilita), bývá dysforické (špatně emočně laděné),
- při ústním projevu se snadno zadýchá, unaví, „lapá po dechu“,
- hlásí se často na toaletu apod.

Frekvence výskytu příznaků a intenzita této tenze je dána konkrétním psychickým i tělesným stavem dítěte a podmínkami sociálního prostředí, které na dítě působí.

Zvláštní specifickou skupinu dětí se zvýšenou psychickou tenzí tvoří *děti fyzicky a psychicky týrané* a zneužívané (srov. Vágnerová, 1997), a to často osobami, které pro ně měly představovat zdroj jistoty a bezpečí. To vše zhusta vede i k poškození celkového rozvoje osobnosti.

## 2. Psychomotorická instabilita

Mezi typické příznaky psychomotorické instability patří např.:

- dítě je velmi živé a pohyblivé až neklidné, hyperaktivní,
- nedovede klidně sedět, vrtí se, vybíhá z místa,
- často mění náladu bez zjevné příčiny,
- rádo běhá venku, hraje pohybové hry,
- už v kojeneckém věku bylo nápadně živé,
- mluví bez vyzvání, skáče druhým do hovoru,
- jedná zbrkle, bez rozmyšlení,
- nedokáže uspokojivě spolupracovat,
- pohybuje se překotně, naráží do předmětů, padá,
- je impulzivní a emočně dráždivé,
- udělá chybu, poněvadž si věc nerozmyslí,
- má percepční vady,
- nevydrží dlouho u jedné hry (činnosti, práce),
- nedovede se ovládnout (přes napomenutí),
- je nepozorné, stále je něco rozptyluje, má poruchy (deficit) pozornosti,
- stále se zabývá vedlejšími věcmi,
- potřebuje stále někoho kolem sebe,
- nedovede adekvátně věku řešit nové situace,
- brzy se unaví,
- chodí často na záchod,
- mezi dětmi je divoké, pokouší je,
- s dětmi mívá spory,
- pláče bez přiměřené příčiny,
- je méně obratné v tělocviku,
- má poruchy prostorové orientace,
- má potíže v psaní a kreslení,
- má vady řeči,

- nápadně se střídají dny, kdy se mu vše daří, a dny, kdy je nevladatelné a má samý neúspěch,
- nedovede se soustředit na vyučování,
- vykřikuje během vyučování,
- chová se bez náležitého odstupu,
- při výuce se převážně zabývá vedlejší činností,
- dopouští se drobných kázeňských přestupků,
- mívá často drobné i větší úrazy.

Za určitých okolností lze psychomotorickou instabilitu označit podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) za *hyperkinetickou poruchu* – F90.

Podmínkou např. je, že kombinace některých vybraných příznaků musí přetrvávat nejméně 6 měsíců a jsou takového stupně, že jsou maladaptivní. Porucha se objevuje před 7. rokem věku, ne později.

Monograficky se problematikou dětí s nedostatkem pozornosti a hyperaktivitou (*ADHD* = Attention Deficit Hyperactivity Disorder) zabývá např. Gordon Serfontain<sup>1</sup> (1999). Uvádí, že se zmíněné poruchy vyskytují až u 20 % chlapecké a 8 % dívčí populace. U nás se v souvislosti s touto poruchou využíval koncept *LDE* (Kučera, 1961).

### 3. Infantilismus, parvuloismus

Mezi typické příznaky patří:

- chování dítěte psychosociálně odpovídá nižšímu věku,
- dítě má často opožděný vývoj řeči,
- je na svůj věk nepřiměřeně hravé,
- je na svůj věk nepřiměřeně mazlivé,
- je na svůj věk nepřiměřeně naivní,
- emočně labilní,
- nesamostatné,
- egocentrické,
- fantazijně zaměřené,
- nemá adekvátní zájem o školní práci,
- bývá nadměrně závislé na pomoci dospělých při práci, při oblékání,
- obrací se často o radu k učiteli či dospělým vůbec,
- vyhledává přátelství převážně mladších nebo naopak starších dětí,
- klade často důraz na nápadnost v oblékání, účesu i obouvání,
- často přichází do školy bez vypracovaných domácích úloh.

To vše při inteligenci v mezích normy.

Mimořádně velký dopad na přizpůsobení dítěte mají projevy nezralosti, nezpůsobivosti ve vztahu k zahájení školní docházky do základní školy a později ve vztahu k volbě povolání a studia.

<sup>1</sup>dětský neurolog v dětské nemocnici v Sydney

Nástup dítěte do školy znamená důležitou změnu, vážný předěl v jeho životě. Doposud si bezstarostně hrálo, nyní však bude musit ukázněně pracovat. Dosud mohlo zanechat hry, když je přestala bavit, a přejít k jiné činnosti. Brzy se však bude muset umět soustředit a soustavně vyvíjet volní úsilí ke splnění pracovních úkolů, a to i těch, které je nebudou zajímat. Dosud se může dítě spontánně, bez dovolení pohybovat, brzy však bude muset ukázněně sledovat vyučování, přijmout uložené úkoly, pracovat na nich a dokončit je ve stanoveném čase.

Dítě *pro školu doposud nezralé (nezpůsobivé)* má při vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně např. tyto typické projevy chování:

- nechce odejít od rodičů, brání se, pláče,
- nenavazuje kontakt, je negativistické, nemluví, je bázlivé,
- chová se bez zábran, má příliš uvolněné chování, tyká dospělým, je vtíravé,
- bez individuální pomoci není schopno plnit příkazy,
- snadno se rozptýlí, je nesoustředěné,
- přerušuje práci, odmítá pokračovat, vstává z místa, zpívá si při úkolu,
- má potíže s vyjadřováním, je s ním „těžká domluva“,
- má evidentně malou slovní zásobu,
- celkově se jeví jako příliš dětské, hravé,
- jeví se, jako by bylo rozumově opožděné,
- má závady ve výslovnosti (patlá, resp. šišlá, huhňá, breptá, koptá atp.),
- je zjevně neklidné,
- má slabý grafický projev,
- jeho chování odpovídá nižšímu věku,
- nemá dostatečně rozvinuté hygienické návyky,
- do školy se doposud neteší.

Infantilní osobnost se může v pozdějším věku projevovat i v nezralosti profesní a studijní orientace a adaptace (viz odstavec 10).

#### 4. Sociálně pedagogicky anormativní chování

U dítěte se mohou vyskytovat např.:

- urážlivost,
- výbuchy zlosti,
- zlomyslnost,
- zvýšená lhavost, podvádění, krádeže, drzost, vulgární vyjadřování, hrubost,
- negativismus vůči autoritám, hádky s dospělými, ztráta zájmu o školu a výuku,
- záškoláctví, toulavost, přespávání mimo domov, žádný nebo malý pocit viny při přestupcích,
- členství v závadové skupině, volba nevhodných kamarádů,
- vedení spolužáků k odporu proti učiteli, resp. vychovateli,
- poruchy v autoregulaci (sebeřízení),

- nežádoucí hodnotová orientace, tetování, kouření, pití alkoholických nápojů, experimentování s drogami,
- předčasné sexuální zájmy a zkušenosti, oplzlé řeči, morální deprivace, surovost, destruktivnost,
- agresivita – vyvolávání rvaček, napadání, šikanování a terorizování mladších a slabších spolužáků, trápení zvířat, ničení věcí, nedostatek soucitu (moral insanity).

Od sociálně pedagogicky anormativního chování je třeba odlišit *disociální poruchu osobnosti* (F 60.2), která se projevuje například trvalou podrážděností a poruchou chování během dětství a v adolescenci, lhostejností k citům druhých, naprostou a trvalou nezodpovědností a nerespektováním sociálních norem, pravidel a závazků, nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro spuštění agrese, výraznou tendencí ke svádění viny na jiné (výrazná extrapunitivita) a *vážnou poruchu chování* (F 91) ve smyslu Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). Za velmi vážné symptomy, považujeme, když problémový jedinec např. používá zbraň, která může jiným lidem způsobit vážné tělesné poškození (např. pátku, cihlu, rozbitou láhev, nůž, střelnou zbraň); projevuje tělesnou krutost k jiným lidem (např. oběti svazuje, řeže nebo pálí), schválně zakládá požáry s rizikem, že způsobí vážnou škodu nebo s úmyslem ji způsobit, spáchá zločin, kde dochází ke konfrontaci s obětí (včetně vytržení kabelky, vydírání, přepadení zezadu a škracení), nutí jinou osobu k sexuální aktivitě, vnikne do domu, budovy nebo auta někoho jiného.

(Tyto defekty je rovněž vhodné diagnostikovat až v dospělém věku.)

## 5. Zvýšená intropunitivita

Dítě se zvýšenou intropunitivitou má např.:

- strach nebo nadměrný ostych před cizími lidmi – *antropofobie*,
- trpí sníženým sebevědomím, je zvýšeně citlivé až precitlivělé – *hypersenzitivní*,
- zvýšeně duševně zranitelné – *vulnerabilní*,
- nese těžce i nepatrné napomenutí,
- na případné neúspěchy reaguje přehnaně,
- podléhá zákonitosti nadměrné motivace,
- při zkoušení mluví potichu,
- nedovede uplatnit své znalosti,
- v nových situacích se zvláště obtížně přizpůsobuje, vyhýbá se jim,
- má sklon k selektivnímu mutismu,
- potřebuje časté ujištění o správnosti svého postupu a systematické výchovné vedení k adekvátní sebedůvěře a adaptabilní komunikaci,
- chová se nejistě a „podezřele“ při vyšetřování přestupků ve třídě či výchovné skupině, i když je samo nevinno apod.
- má sklon k samotářství,
- nedovede se s ostatními dětmi sblížit, je ostatními dětmi dokonce odmítáno,



- je uzavřený, projevuje se často tichou vzdorovitostí, pasivním negativismem,
- projevuje nesmělost, plachost, je až příliš podřídivý – *submisivní*.

Děti s intropunitivním zaměřením bývají někdy označovány za děti s *komunikačními problémy* (Vágnerová, 1997). Pojem „dítě s komunikačními problémy“ považujeme za *nadřazený* pojmu intropunitivní zaměření osobnosti.

Další komunikační problémy mohou být způsobeny například zdravotními handicapami a poruchami smyslů (zejména sluchu, zraku, hmatu, receptivní nebo expresivní složky řeči apod.).

Pasivní typ sociální adaptace, intropunitivní zaměření osobnosti úzce souvisí se sebehodnocením dětí, mládeže a dospělých.

## 6. Parciální nedostatky poznávacích procesů

Mezi symptomy této dificulty patří:

- dyslexie – potíže ve čtení a jazykových předmětech, ač např. v matematice dítě dobře prospívá,
- zadrhování při čtení, zaměňování slov a písmen – na konci prvního ročníku i později dítě pozměňuje tvarově nebo zvukově podobná písmena, např. r–z, k–h, d–t, n–m, a–e, p–g, d–b,
- slabikuje, není schopno při čtení sledovat obsah čteného (i ve vyšší třídě), obtížně skládá i jednoduchá slova,
- dítě při čtení vyslovuje jen s obtížemi těžší skupiny souhlásek a těžší neznámá slova,
- přehazuje hlásky a slabiky, hlavně koncové,
- vynechává hlásky a slabiky,
- „poznává“ najednou celá slova,
- domýšlí si koncovky a slabiky (často chybně),
- přehazuje pořadí hlásek a slabik ve slově (maso–samo, tam–mat, svatba–stavba, suk–kus atd. – jde o tzv. kinetické inverze). Při zaměňování zrcadlově nebo tvarově či zvukově podobných písmen: s–z, p–q, m–n, h–k, z–c, b–d, t–j jde o tzv. statické inverze (reverze).

Rozlišování zrcadlových písmen souvisí s vývojem uvědomělého poznávání pravé a levé strany. Někdy je čtení jen nápadně pomalé, těžkopádné, ale bez typických chyb. V písemném projevu dítěte často vynechává a přidává písmenka, nerozlišuje tvrdé a měkké slabiky: di–dy atp., špatně píše tvary písmen, zaměňuje je, přehazuje pořadí písmen ve slově (dysortografie bývá asi v 60 % spojena s dyslexií).

Kvalitativně vážnější *specifická porucha čtení* (F81.0), která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (v 10. revizi) zařazena mezi specifické vývojové poruchy školních dovedností, musí mít přítomny tyto dva znaky:

1. Skór přesnosti anebo chápání čteného je nejméně 2 standardní odchytky pod očekávanou úrovní pro chronologický věk a obecnou inteligenci dítěte, přičemž jak schopnost čtení, tak i IQ je hodnoceno podle individuálně provedeného testu, standardizovaného pro danou kulturu a vzdělávací systém.
2. Anamnéza vážnějších potíží při čtení nebo skóry testu, které splňují první (výše uvedené) kritérium v dřívějším věku, a skór v písemném testu, který je nejméně 2 standardní odchytky pod úrovní očekávanou pro chronologický věk a IQ dítěte.

Specifická porucha čtení není přímým důsledkem vadné zrakové nebo sluchové ostroty ani neurologické poruchy.

Mezi další parciální nedostatky poznávacích funkcí patří např.: snížená výkonnost v oblasti některé duševní funkce; poruchy vývoje řeči; počítání na prstech; obtížné odpoutávání se od názoru a obtížné vypracování číselných pojmů – *dyskalkulie*, velké potíže při kreslení a malování – *dyspinxie* apod.

## 6. Závady motoriky, lokomoce, praxie a laterality

U dětí s těmito problémy se vyskytuje například:

- přes úsilí mimořádně neúhledný písemný a kresebný projev,
- nápadně kostrbaté písmo s nepřiměřeným tlakem,
- neobratnost a nesamostatnost v sebeobsluze,
- manuální nezručnost (apraxie),
- neobratnost v tělocviku, nešikovnost,
- neuspořádanost pohybů při chůzi,
- časté upadnutí, úrazy, poranění,
- částečně ochrnutá ruka, noha, kulhání,
- přecvičená levá ruka, protože nelze používat pravou,
- leváctví,
- překřížená laterality,
- nevyhraněná laterality,
- zhoršené vnímání vlastního těla,
- nápadné grimasování,
- občasné třesy, záškuby,
- jinak nezvládnuté pohyby,
- diskordinace pohybů, tj. porucha uspořádání, plynulosti a souhry aktivních volných pohybů atd.,
- zhoršené vnímání vlastního těla.

Podrobně se problematikou diagnostiky či terapie těchto dětí zabývá například Kirbyová (2000).

Od poruch motoriky, lokomoce, praxie a laterality je třeba diferencovat *poruchu se stereotypními pohyby* uvedenou v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod značkou F98.4. Tato porucha chování se projevuje tak, že dítě

(mladistvý), produkuje stereotypní pohyby v takové míře, že si způsobuje tělesné poškození nebo výrazně postihuje normální aktivity. Porucha přitom trvá nejméně měsíc. Postižený přitom jinou duševní poruchou ani poruchou chování netrpí.

Je také třeba odlišit poruchy, které vznikají na *organickém* či *somatickém základě*, např. následky DMO.

## 8. Sociální zanedbanost

Dítě s touto difiilitou projevuje např.:

- těžkosti s učením,
- výukové nedostatky, ač je normálně rozumově nadané,
- těžko chápe výklad nové látky pro velké mezery v učivu, ve znalostech (didaktický deficit),
- primitivní a vulgární formy sociální komunikace,
- malou slovní zásobu,
- poruchy vývoje řeči,
- nedbalou úpravu, nedostatky v osobní hygieně (zápach, nečistota), nepořádek v osobních věcech,
- častěji i opožděný somatický vývoj (nižší vzrůst, hmotnost atd.).

Rodina sociálně zanedbaných dětí však bývá často primitivní (simplexní), málo psychosociálně a kulturně podnětná nebo dokonce defektní (alkoholismus, drogy, trestná činnost, duševní choroba aj.) a výchovně pravidelně nedostačivá (insuficientní).

*Narušená rodina* (neúplná, defektní, krizová atp.) vytváří horší předpoklady pro utváření osobnosti dětí než rodina úplná a nenarušená. Neúplnost rodiny, zejména pro rozvod, koreluje pozitivně například se symptomy úzkosti.

K projevům psychosociální zanedbanosti se často přidružují další poruchy: zvýšená psychická tenze až neuroza, antisociální chování atp.

*Hostilní (nepřátelský) vztah* rodičů a dítěte vede často k týrání dětí, k jejich zneužívání (např. pohlavnímu), někdy dokonce až k jejich fyzické likvidaci.

Od sociální zanedbanosti je nutno odlišit děti se sociokulturním handicapem. Může jít například o děti emigrantů, které mají ztíženou adaptaci na nové prostředí kvůli svým národním zvykům a jazykové bariéře.

## 9. Závady ve školské výkonnosti

Dítě se závadami ve školské výkonnosti:

- má často těžkosti v učení,
- dosahuje podprůměrných výsledků ve výuce, ač vyvíjí značné úsilí,
- neučí se racionálně,

- má nezřídka negativní vztah ke škole a k učení,
- je nechápavé,
- má sklon k mechanickému učení,
- novou látku chápe pomaleji a těžkopádněji než spolužáci,
- zdá se být přetížené, duševně vyčerpané,
- mívá sníženou sebedůvěru,
- pocity nedostačivosti,
- bývá pasivně negativistické,
- perseveruje,
- má málo rozvinutou abstrakční schopnost,
- obtížně aplikuje poučky v praxi,
- má nepřesné i běžné pojmy a představy,
- bývá intelektuálně pasivní.

U závažných nedostatků v prospěchu a výrazných neúspěchů ve škole je třeba nejprve zjistit, o jaký typ neúspěchu jde, zda se jedná o trvalejší a celkovou tzv. *absolutní* školní neúspěšnost (tj. výukovou nedostačivost, vyplývající z nedostatečně rozvinutých intelektových schopností), nebo o občasnou či částečnou *relativní* školní neúspěšnost (žák vykazuje špatný prospěch z příčin mimointelektových), které většinou lze odstranit. U relativní školní neúspěšnosti jsou výkony žáka ve vyučování nižší než jeho rozumové (mentální) schopnosti a předpoklady. Může být způsobena například krizovou situací, zvýšenou unavitelností, neurotickou reaktivitou, dočasně sníženou motivací apod.

Absolutní a relativní školní neúspěšnost je obrazem i důsledkem individuálních rozdílů mezi žáky, které zjišťujeme nejenom v osobnosti žáků (např. v jejich úrovni a struktuře nadání, charakteru, zájmu o učení, v emotivitě, motivaci, harmonické či disharmonickém vývoji osobnosti), ale i v rozdílných podmínkách rodinné výchovy. Špatný prospěch a neprospěch nejsou většinou monokauzální, ale častěji polykauzální záležitosti. Přitom mají všechny případy špatného prospěchu svou individuální souhrnu příčin a podmínek, vlastní vývoj a dynamiku.

*Relativní školní neúspěšnost* může být podmíněna příčinami sociálně-psychologickými, biologicko-psychologickými a intrapsychickými. Přitom platí, že jediný osamocený handicap (např. horší rodinné podmínky) nemusí mít automaticky záporný determinující účinek na školní úspěšnost žáka. Většinou jde při školní neúspěšnosti o kombinaci více podmínek a příčin.

## 10. Závady profesní a studijní orientace a adaptace

Za závady profesní a studijní orientaci považujeme:

- když žák projevuje vysokou nerozhodnost v tom, jaké povolání nebo školu si má vybrat,

- neadekvátnost a nereálnost volby povolání (studia), a to buď z hlediska schopností, nebo motivace apod.,
- neangažovanost při volbě povolání (studia),
- pasivita nebo lhostejnost k vlastní budoucnosti,
- obtížná adaptace na obor,
- žák nemá k oboru patřičně kladný vztah,
- chce přestoupit na jiný obor nebo z oboru odejít,
- profesní labilita jedince v určité profesi.

V procesu sebepoznání a sebezpočtení i dozrávání pro volbu (výběr) povolání (studia) hraje velkou roli profesní orientace na školách, a také psychologické poradenství. Psychologické vyšetření osobnosti žáka a prognóza úspěchu žáka ve škole a později i v povolání (srovnáním vlastností osobnosti žáka s profesiogramem) má často vysokou hodnotu. Většina lidí může zastávat celou řadu různých povolání, neboť existují rozsáhlé možnosti kompenzace, vyrovnání nedostatků přednostmi a zejména možnostmi výcviku specifických profesních dovedností a návyků.

Informace o výsledcích psychologického vyšetření může sehrát významnou úlohu při poznávání žáka pedagogy, a také v procesu sebepoznání a sebezpočtení žáka. Žák, který sám sobě dobře rozumí, má větší předpoklad dobrého přizpůsobení než žák, jehož úroveň sebepoznání a sebezpočtení je malá. Sebezpočtení a sebezpočtení vlastně znamená, že člověk dovede přesně popsat své klady, nedostatky, zkušenosti, potřeby a cíle, dovede předvídat své chování a snadněji své chování řídí a kontroluje. Sebezpočtení a sebezpočtení přispívá k jeho přiměřené akceptaci sebe sama, což je jeden z cílů psychologického poradenství. Vždyť podstatou poradenství je informovat zkoumanou osobu o úrovni jednotlivých znaků její osobnosti se zřetelem k ovlivňování (psychokorekci) a sebevýchově jejích mezilidských vztahů, vztahu k sobě samému a úspěšnosti ve zvoleném povolání (resp. studiu).

Osoby s větší informovaností o své osobnosti a o pracovních prostředích si lépe volí povolání než lidé s menší informovaností. Adekvátnost volby povolání je částečně také funkcí věku, protože čas poskytuje více příležitostí pro shromažďování informací. Osoby s adekvátnější volbou povolání mají diferencovanější vědomosti o povoláních, znají i profesiografické nároky povolání.

Mimofádnou pomoc společnosti vyžaduje při profesní a studijní orientaci mentálně a somaticky defektní mládež.

Problematika závad profesní a studijní orientace se často objevuje u dětí parvuloidních, nezralých, s infantilními rysy osobnosti.

## **Závěr**

Rozvoj osobnosti není u všech dětí stejný a často ani optimální. Pedagogové i psychologové musí hledat cesty, jak účinněji než dosud pracovat s psychic-

kými možnostmi a potenciální osobností všech žáků, aby dosahovali úspěšnosti ve škole, v pracovním procesu i v životě.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat závadám chování dětí a mládeže, jejich zjišťování, klasifikaci, prevenci a nápravě.

Navrhli jsme deset kategorií závad chování, které je třeba přesně diferencovat od poruch chování a poruch osobnosti.

Má-li škola s problémovými dětmi úspěšně pracovat, musí být pracovníci školy informováni nejenom o podstatě výukových potíží a poruch chování, ale i formách depistáže dětí se závadami a poruchami chování, o nápravné činnosti a o možnostech průběžné a systematické spolupráce s PPP, s orgány péče o děti a rodinu, se soudy, policií atd.

Problematiku poruch chování zapříčiněných organickými příčinami, psychotickými, psychopatickými, neurotickými a oligofrenickými stavy je přitom třeba řešit ve spolupráci s psychiatrickými zařízeními pro děti a mládež.

Dificility, tj. výchovné a výukové obtíže, které jsou ještě v rámci širší normy (nejsou tedy ani psychopatické, ani psychotické, ani oligofrenické), jsou řešitelné pedagogickými a psychologickými prostředky.

Dificility jsou většinou determinovány celým komplexem podmínek a příčin, což je důležité jak pro jejich diagnostiku, tak pro nápravu.

Podmínky a příčiny vzniku závad chování (dificilit) mohou být:

- *biogenní* – například vliv vrozených faktorů vč. dědičnosti,
- *sociogenní* – např. parentogenie (příčiny tkví v rodině), pedagogenie (příčiny tkví ve výchově ve škole nebo v rodině – srov. Helus, 1991),
- *psychogenní* – tkvící například v intelektuální pasivitě, ve vystupňovaných pubertálních povahových změnách apod.

Úkolem pedagogických pracovníků je záměrně, cílevědomě a soustavně působit na vychovávané a vzdělávané jedince tak, aby byl zajištěn pozitivní rozvoj jejich osobnosti.

Aby bylo výchovné působení účinné, je nutno nejprve děti ve výchovném a vzdělávacím procesu důkladně poznat. Toto poznání je základem. Proto provádíme během své výchovné práce pedagogickou diagnostiku. Rozpoznaný stav je pak východiskem pro individuální reedukační přístup k dětem a pro případné zajištění další adekvátní specializované odborné péče.

## Literatura

- ATKINSONOVÁ, R., L. a kol. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- BALAŠTÍK, D. *Žáci s anormativním chováním*. Brno: PPPmB, 1986.
- BARON, R., A., RICHARDSON, D., B. *Human Aggression*. New York: Plenum Press, 1994.
- BÁRTA, B., KONEČNÁ, O., KOHOUTEK, R., ŠINDELÁŘ, J., ŠTĚPANÍK, J. Typy klientely na PVK v Brně. *Výchovný poradce*, 1970, č. 1, s. 17–39.
- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001.
- ČERMÁK, I. *Dětská agrese*. Brno: CERM, 1998.

- DAN, J. *Psychodiagnostické činnosti v systémech institucionalizované psychologické pomoci člověku*. Brno: MU, 1987.
- DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999.
- DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986.
- DVOŘÁKOVÁ, M., KOHOUTEK, R. O dificultitách chování dětí. *Pedagogika*, č. 5, 1963, s. 579 až 585.
- ERB, H. *Násilí ve škole a jak mu čelit*. Praha: Amulet, 2000.
- FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 1997
- HELUS, Z. K problematice pedagogického narušení dítěte. *Pedagogika*, roč. XLI, 1991, č. 4, s. 369–377.
- JAKABČÍK, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychologie*. Bratislava: Iris, 1995.
- KAPROVÁ, Z. *O problémech žáků s poruchami učení*. Praha, 2000.
- KIRBYOVÁ, A. *Nešikovné dítě. Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál, 2000.
- KOHOUTEK, R. a kol. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: CERM, 1996.
- KOHOUTEK, R. Klasifikace problémových dětí a mládeže. In *Sociální pedagogika jako vědecké a společensky užitečná disciplína*, Brno, 2000, s. 197–205.
- KOHOUTEK, R. O psychologické motivaci chování dětí. *Psychologie a patopsychologie dětí a mládeže*, roč. 1, č. 3, 1966, s. 51–64.
- KOHOUTEK, R. *Výchova dětí se závadami a poruchami chování*. Brno: CERM, 1998.
- KOLÁŘ, M. *Skrýтый svět šikanování ve školách*. Praha: Portál, 2000.
- KOLAŘÍKOVÁ, O. Formy dětských deprivací a jejich geneze. *Československá psychologie*, 1957, č. 3, s. 260 a násl.
- KOLAŘÍKOVÁ, O. Psychologické typy toulavosti u dificultních dětí. *Československá psychologie*, roč. 5, 1961, č. 3, s. 243 a násl.
- KOLUCHOVÁ, J., MORÁVEK, S. *Psychologická diagnostika dětí a mládeže*. Olomouc: UP, 1990.
- KOŠČ, L., MAREK, J., POŽÁR, L. *Patopsychologie*. Bratislava: SPN, 1975.
- KOŠČO, J. a kol. *Poradenská psychologie*. Bratislava: SPN, 1987.
- KOUDELKOVÁ, A. *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- KUČERA, O. a kol. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha: SZN, 1961.
- KURIC, J. *Kompendum ontogenetické psychologie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 1997.
- MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, I. *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. Praha: SPN, 1989.
- MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 1996.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN 1992.
- MATĚJČEK, Z. K pojmu „lehkých mozkových dysfunkcí“ (LMD). *Československá psychiatrie*, 86, 1990, č. 1, s. 7–16.
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991.
- MATĚJČEK, Z. Teoretické úvahy nad pozdními následky psychické deprivace a subdeprivace. *Československá psychologie*, 40, 1996, č. 5, s. 365–375.
- MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (Duševní poruchy a poruchy chování)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
- PLOCEK, K., DAN, J. *Základní varianty disharmonického vývoje osobnosti v dospívání*. Prozatímní učební text. Brno: MU, 1995.
- PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 1997.
- PREKOPOVÁ, J. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1994.
- ROGGE, J. U. *Dítě potřebuje hranice*. Praha: Portál, 1997.

- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1995.
- ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha: Portál, 1995.
- SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999.
- SMÉKAL, V. *Přehled psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1985.
- SMÉKAL, V. Příspěvek k teorii osobnosti a chování dětí. In *Sborník prací FF UB*, roč X, řada B. Brno, 1961, s. 91 a násled.
- SMÉKAL, V. Výchovné a výukové ťažkosti, ich zdroje a prejavy. In *Patopsychológia – poruchy učenia a správania*. Bratislava: SPN, 1975, s. 180–198.
- SMUTNÝ, R., ŠAFROVÁ, A. *Využití výpočetní techniky při reedukaci specifických poruch učení*. Brno: Paido, 1997.
- SUCHAREVA, G. J. *Kliničeskije lekci po psichiatrii dětskogo vozrasta*. Moskva: Medgiz, 1955, 1959, 1965.
- ŠVANCARA, J. *Poruchy psychického vývoje*. Brno: UJEP, 1979.
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha: Portál, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M., KLÍMA, P. *Kapitoly z patopsychologie dítěte*. Praha: SPN, 1987.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- VIŠŇOVSKÝ, L. *Vybrané kapitoly z teorie výchovy*. Zvolen, 1993.
- VODÁK, P., ŠULC, A. *Závady a poruchy v dětském věku*. Praha, 1964.
- VOJTÍK, V., MACHOVÁ, J., BŘICHÁČEK, V. *Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole*. Praha: SPN, 1990.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994, 186 s.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: UK, 1996.

KOHOUTEK, R. Závady a poruchy chování dětí a mládeže. *Pedagogická orientace* 2002, č. 1, s. 83–98. ISSN 1211-4669.

**Adresa autora:** Doc. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc., Ústav společenských věd fakulty stavební VUT v Brně, Žižkova 17, 662 37 Brno